



# ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

КИЇВ • 2013

# **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

---

---

УДК 618 (082)  
ББК 57.1я43  
З-41

**Редакційна колегія:**

**Головний редактор** – академік НАМН України В.М. Запорожан  
**Відповідальний науковий редактор** – член-кор. НАМН України В.В. Камінський  
**Виконавчий редактор** – доц. О.М. Борис  
**Відповідальний секретар** – І.В. Малишева

**Редакційна колегія:**

*Проф. А.В. Бойчук*  
*Проф. С.Р. Галіч*  
*Проф. С.М. Геряк*  
*Проф. В.Г. Дубініна*  
*Проф. З.М. Дубосарська*  
*Проф. Ю.О. Дубосарська*  
*Проф. Н.М. Рожковська*

Статті, опубліковані у Збірнику наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, вважати фаховими в галузі медичних наук у кожному випадку окремо – за поданням спеціалізованої вченої ради.

*Постанова Президії ВАК України від 12.06.02 №2-05/6*

*Свідоцтво про державну реєстрацію*  
*Серія КВ № 3140 від 25.03.1998*

Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Поліграф плюс», 2013. – 424 с.

ISBN 978-966-8977-38-1.

Для сприяння науковому і практичному розв'язанню сучасних проблем охорони здоров'я жінки-матері й дитини, підвищення рівня кваліфікації акушерів-гінекологів.

**УДК 618 (082)**  
**ББК 57.1я43**

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТОЧНО - (ПРЕ-) ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ АБОРТА В РАННЕМ СРОКЕ НА ФОНЕ ГИПОПРОГЕСТЕРОНЕМии	ДЕМИНА Т.Н., ВОРОНОВА И.И. ....	117
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, НОСИТЕЛЬНИЦ АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ	ДЕМИНА Т.Н., АЛИПОВА Н.Ф. ....	121
ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ТЯЖКИХ ПРОЛОНГОВАНИХ МЕНСТРУАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛВМІЩУЮЧОЇ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ СИСТЕМИ	ДОБРОВОЛЬСЬКА Л.М., ЛІХАЧОВ В.К., СКРИПНИК І.М., МАСЛОВА А.С., МАКАРОВ О.Г. ....	125
ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ - ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА	ДОВГАЛЕВ Р. В., БЕНЮК В. А., НИКОНЮК Т. Р. ....	127
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	ДУБИНИНА В.Г., ПАЦКОВ А.А. ....	131
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ВУЗЛОВИХ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ	ДУБІНІНА В.Г., ЗАВОЛОКА О.В., МОРОЗЮК О.М. ....	135
КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ	ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О. ....	138
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕНЕДЖМЕНТА ЕСТЕСТВЕННОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ МENOПАЗУЫ	ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О. ....	142
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ	ДУКА. Ю. М. ....	145
ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНОТЕРАПІЇ В ЯКОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ	ЄГОРОВ О.О. ....	148
ПРОЛОНГОВАНА ЛАКТАЦІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНО-КІСТОЗНОЇ ХВОРОБИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ	ЖАБЧЕНКО І.А., ДІДЕНКО Л.В., КОВАЛЕНКО Т.М., БУТКОВА О.І., ЯРЕМКО Г.Є. ....	151
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ	ЖЕЛЕЗНАЯ А.А., ГАЙДАДЫМ В.В., ДЕМИШЕВА С.Г. ....	154
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)	ЖЕЛЕЗНАЯ А. А. ....	158
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ	ЖУК С.І., НОЧВІНА О.А. ....	160
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ	ЖУК С. І., НОЧВІНА О.А. ....	163
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА (ЛЕКЦИЯ)	ЗАПОРОЖАН В.Н., ГЛАДЧУК И.З., РОЖКОВСКАЯ Н.Н., КОЖАКОВ В.Л., МАСЛЕНКО М.В. ....	164
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕТІОТРОПНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ГРИП	ЗАПОРОЖАН В.М., МІЩЕНКО В.П., ШПАК І.В., РУДЕНКО І.В. ....	170
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СЕКРЕЦИЕЙ МЕЛАТОНИНА И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТОК	ЗВАРИЧ Л.И., ЛУЦЕНКО Н.С., ПЛОТНИКОВА В.Н., МЕЛЬНИК О.Д., ПОТЕБНЯ В.Ю., ЕВТЕРЕВА И.А. ....	174
РИЗИК РОЗВИТКУ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ПАЦІЕНТОК ЗІ СТЕРТИМИ ФОРМАМИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ	ЗВАРИЧ Л.І. ....	177

Индивидуализация заместительной гормональной терапии у пациенток с нарушенной репродуктивной функцией в анамнезе позволяет не только эффективно лечить выраженные климактерические расстройства, улучшить качество жизни, но и профилактировать основные системные нарушения в перименопаузе.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М.; МИА, 2002, - 765 с.
2. Сметник В.П., Kloosterboer H.J. Эволюция заместительной гормональной терапии. Климактерий 2003; №1: - С. 25-29.
3. Зайдиева Я.С. Лечение климактерических расстройств у женщин в перименопаузе. Гинекология 2001; т. 3. - № 2. - С. 9-14.
4. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты). 2008. – Лира ЛТД, Дн-ск. – С. 281-311.
5. Дубоссарская З.М. Теория и практика эндокринной гинекологии. – 2010.- Лира ЛТД, Дн-ск. – С. 398-418.
6. Compton J., Travis M., vanAmelsvoort T. et al. The effect of long term estrogen replacement therapy on cortical serotonin receptor density. Climacteric 2002; 5, 1: 61.
7. Caltabiano M.L. Holzheimer Dispositional factors, coping and adaptation during menopause. Climacteric 2003; 2: 21-28.
8. Nagata C., Shimizu H., Takami R. et al. Hot flashes and other menopausal symptoms in relation to soy product intake in Japanese women. Climacteric 2001; 2, 6: 6-12.
9. Owens J.E., Matthews K.J. Sleep disturbance of healthy middle-aged women. Maturitas 2002; 30; 41-50.
10. Dudley E.C., Hopper J.L., Taffe J. et al. Using longitudinal data to define the postmenopause by menstrual cycle characteristics. Climacteric 1998; 1: 18-25.
11. Bar-Hava I., Orvieto R., Vardimon D. et al. Ovarian cysts and cyclic hormone replacement therapy: is there an association? Acta obstet. Gynecol. Scand. 1998; 76: 563-566.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕНЕДЖМЕНТА ЕСТЕСТВЕННОЙ И ИСКУССТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ

ДУБОССАРСКАЯ З.М., ДУБОССАРСКАЯ Ю.О

г. Днепропетровск

В последние годы заместительную гормонотерапию (ЗГТ) аналогами половых гормонов получают в пери- и постменопаузе 20 миллионов женщин из 470, нуждающихся в ней [1,2]. Медико-социальные аспекты естественной и искусственной менопаузы являются одной из основных тем научных публикаций последних лет. Частота применения ЗГТ варьирует в значительных пределах (от 10 до 40%), что обусловлено экономическими факторами, недостаточной подготовленностью медицинских работников и населения в целом [2,7].

Негативное влияние климактерического синдрома (КС) на качество жизни женщин можно сопоставить с воздействием хирургического выключения функции яичников в детородном возрасте, которое сопровождается сложными реакциями адаптации нейроэндокрин-

ной системы к существованию в условиях необратимой утраты репродуктивной функции. Хирургическое выключение функции яичников (синдром постовариоэктомии - СПОЭ), как и КС, сопровождается системными нарушениями. Фундаментальные исследования последних лет доказали тот факт, что различные типы эстрогенных, (альфа - и бета -), прогестероновых и андрогенных рецепторов расположены не только в матке и молочных железах, но и в центральной нервной системе, на остеобластах и остеокластах, миокардиоцитах, эндотелии сосудов, фибробластах соединительной ткани, в урогенитальном тракте, в слизистых оболочках гортани, полости рта, конъюнктивы, толстом кишечнике [3].

СПОЭ может длиться 3-5 и более лет, характеризоваться сезонными обострениями. Не только хирургическое выключение функции яичников, но и возрастные инволютивные процессы являются мощными стрессовыми факторами, запускающими вегетативные, психоэмоциональные, обменно-эндокринные расстройства, центральный координатор и морфологическая основа которых - структуры лимбико-ретикулярного комплекса [4, 5].

Многообразные клинические проявления климактерического и посткастрационного синдромов часто объединяют термином «синдром вегетативной дистонии», который, по мнению А.М. Вейна и соавт. [6], включает в себя проявление всех форм вегетативной дисрегуляции.

**Целью исследования** явилось изучение эффективности дифференцированной ЗГТ в сочетании с бальнеотерапией в лечении климактерического синдрома и СПОЭ.

### **Материал и методы исследования**

Обследованы 40 женщин в возрасте от 40 до 50 лет: 23 из них - в постменопаузе с выраженными проявлениями КС и 17 - после тотальной или субтотальной гистерэктомии с одно- или двусторонней сальпингоовариэктомией, произведенной более 6 мес. назад по поводу лейомиомы матки и/или аденомиоза матки или наружного эндометриоза придатков. Тяжесть течения климактерического и посткастрационного синдромов определяли по менопаузальному индексу Куппермана. Несомненно то, что на тяжесть проявления СПОЭ влияет объем произведенного оперативного вмешательства, наличие сопутствующих психосоматических заболеваний. Тонус вегетативной нервной системы оценивали по «Схеме исследования для выявления вегетативной дисфункции» [6]. Состояние здоровья женщин на фоне терапии исследовали с помощью анкет «Климакс», изучения биохимических маркеров (креатинина крови, общего холестерина, триглицеридов, глюкозы крови), орального глюкозотолерантного теста, коагулограммы, периферической денситометрии аппаратом Pixi (Lunar Corp., США). Все показатели регистрировали в динамике: до лечения и через 6 и 12 мес. после курса ЗГТ. Эффективность терапии оценивали следующим образом: «хорошо» - уменьшение индекса Куппермана на 40%; «удовлетворительно» - уменьшение индекса на 15-30%; «без эффекта» - уменьшение индекса на 10% и менее; «хуже» - увеличение индекса Куппермана. Полученные данные были обработаны с помощью компьютерных статистических программ.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

До лечения у всех женщин были выявлены различные нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. В клинической картине преобладали жалобы на выраженную эмоциональную лабильность (100%), снижение трудоспособности (83%), неполноценный прерывистый сон (96%), немотивированную тревогу или страх (75%). Более 80% обследованных пациенток выражали сильную обеспокоенность состоянием своего здоровья, 20% - указывали на депрессию, объясняя ее плохим самочувствием (78% из них), семейными неурядицами (57%), сексуальными нарушениями (84%).

Исходные значения индекса Куппермана у 18 (45%) больных составили в среднем 15,7 балла, у 12 (30%) - 27 баллов, у 10 (25%) - 31,8 балла, что позволило оценить тяжесть течения КС и СПОЭ в соответствии с общепринятой градацией как легкую, среднюю и тяжелую.

Наиболее выраженные нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения (более 80% по схеме А.М. Вейна) отмечены у женщин периода перименопаузального перехода после хирургического вмешательства в объеме пангистерэктомии. У пациенток с КС этот пока-

затель составил 30%. Временное совпадение радикального хирургического вмешательства с естественной возрастной инволюцией усугубляло биологические проблемы переходного периода, приводило к срыву адаптационно-приспособительных механизмов и развитию атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний (у 31,9% больных), остеопении (у 36%), урогенитальных нарушений (у 12%).

Уровень триглицеридов составил  $(2,8 \pm 0,3)$  ммоль/л, общего холестерина -  $(7,9 \pm 1,1)$  ммоль/л. У 4 (10%) женщин развился сахарный диабет 2 типа.

У 30 (75%) больных с КС и СПОЭ была проведена монотерапия фемостоном в течение 12 циклов, у 10 (25%) женщин прием этого препарата сочетали с бальнеотерапией йодобромными ваннами по общепринятой методике, при наличии генитального эндометриоза – родоновыми водами.

Контрольные исследования подтвердили высокую терапевтическую эффективность фемостона. Достоверных различий между группами больных, которые принимали только фемостон, и тех, кто сочетал его с бальнеотерапией, отмечено не было. Индекс Куппермана через 3-6 мес. значительно уменьшился. Эффективность фемостона в 12-цикловом исследовании признана «хорошей» в 75% случаев, «удовлетворительной» - в 23%, «без эффекта» - в 2%. При оценке степени редукции отдельных симптомов КС и СПОЭ наилучшие результаты получены в отношении эмоциональной лабильности - 83%, нарушений сна - 75%, метеорологической зависимости - 33%, уменьшении частоты приливов - 54%. Суммарная оценка менопаузального индекса Куппермана после лечения снизилась более чем на 69%, прежде всего вследствие купирования нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений (частично - у 28% женщин, полностью - у 72%).

Отдельно следует отметить хорошую переносимость фемостона. Ни в одном случае не выявлено побочных эффектов, что позволило провести полный курс лечения у всех больных.

После 12 мес. применения фемостона с помощью денситометрии выявили значительное увеличение минеральной плотности костной ткани. Это свидетельствовало о необходимости применения ЗГТ женщинам с СПОЭ сразу после операции при отсутствии противопоказаний с контролем показателей системы гемостаза. Для профилактики остеопороза необходимо назначать минимальные дозы гормонов, дающих максимальный терапевтический эффект. При развитии остеопороза требуется длительная гормонотерапия для предотвращения патологических переломов, приводящих к инвалидизации и смерти.

Таким образом, ЗГТ способствовала снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний (достоверное уменьшение содержания триглицеридов и общего холестерина, понижение уровня артериального давления), оказала положительное действие на углеводный обмен.

## Выводы

Заместительная гормонотерапия не только значительно улучшает качество жизни при естественном климактерии, но и является патогенетически обоснованной при овариоэктомии. Назначение ее сразу после операции способствует плавной адаптации женского организма к условиям дефицита половых гормонов и предотвращает развитие тяжелого синдрома постовариоэктомии.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Абусева З.А., Файзуллин Л.З., Н.В.Стрижова, Г.Т.Сухих.* Генетические факторы сердечно-сосудистых заболеваний у женщин постменопаузального возраста. // Ж. Акуш. и гинек.-М.-2006.-№5. - С.32-34.
2. *Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и ЗГТ).* Под. ред. В.И. Кулакова. М., 1996. - 64 с.
3. *Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Гладкова О.Л., Романова Е.Н.* Грандаксин как возможная альтернатива заместительной гормональной терапии. Вестн. ассоц. акушеров-гинекологов России 2000; №3:- С. 67-69.



4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.: МИК, 2003. - 591 с.
5. Зайдиева Я.З. Функция эндометрия в перименопаузе, заместительная гормонотерапия. Акуш. и гин. 2000; 5: - С. 8-11.
6. Кулаков В.И., Уварова Е.В., Юренева С.В., Байрамова Г.Р. Гормональная реабилитация женщин при выпадении функции яичников. М.: МИК, 2000: - С. 11-21.
7. Вейн А.М., Артеменко А.Р., Окнин В.Ю. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: Мед. информ. аг-во, 2002. - 176 с.

## ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

ДУКА Ю. М.

г. Днепропетровск

Как показали исследования последних лет, жировая ткань — это диффузная эндокринная железа, которая обладает ауто-, пара- и эндокринной функцией и секретирует целый спектр гормонов и биологически активных веществ (лептин, ангиотензин II, цитокины, фактор некроза опухоли- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), ингибитор активатора тканевого плазминогена-1 (PAI-1)) [1,3,5,7,8].

В настоящее время особое внимание уделяется изучению тромбофилических осложнений при метаболическом синдроме (МС). Метаболический синдром является несомненным фактором риска развития атеросклероза и венозных тромбозов. Показано, что ожирение сопровождается активацией системного воспалительного ответа. Жировая ткань продуцирует широкий спектр гормонов и медиаторов, участвующих в регуляции процессов коагуляции, воспаления, влияющих на состояние эндотелия [2,4,6].

Жировая ткань является источником провоспалительных цитокинов (ПЦ), таких как TNF- $\alpha$ , интерлейкинов 1, 6 (ИЛ-1, ИЛ-6), непосредственно участвуя, таким образом, в процессах воспаления и создавая изначально благоприятный фон для развития эндотелиальной дисфункции и атеросклероза. Предполагается, что ИЛ-6 играет роль в развитии тромбозов при ожирении. Кроме того, адипоциты являются источником тканевого фактора (TF) и PAI-1, что обуславливает состояние гиперкоагуляции и прогрессирование процессов воспаления [1,2,3,7,9].

Этому вопросу в последнее время уделяется все больше внимания, так как появились данные о том, что синдром системного воспалительного ответа (ССВО) является неотъемлемой частью МС. Была найдена взаимосвязь между МС и полиморфизмом «G894T» гена С-реактивного белка (СРБ) [Hsieh M.C. et al., 2008], а также между метаболическими уровнями TNF- $\alpha$  [3,9].

**Целью** проведенного исследования было изучение показателей цитокинового статуса у беременных женщин с ожирением и степени его влияния на течение беременности.

### Материалы и методы исследования

Согласно поставленной цели под наблюдением находились 55 женщин с повышенной массой тела и ожирением различной степени, которые находились на стационарном наблюдении и лечении в отделении медицины плода и патологии ранних сроков беременности коммунального учреждения «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром ДОС».

Распределение тематических беременных на группы производилось с учетом степени ожирения. Во время наблюдения оценивали не патологическую прибавку массы тела во время беременности, а массу женщины до наступления беременности.